JUSQU'A QUEL POINT

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A-T-ELLE ÉCLAIRÉ LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES AFFECTIONS CHIRURGICALES?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE).

THÈSE SUR CETTE QUESTION :

JUSQU'A QUEL POINT L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A-T-ELLE ÉCLAIRÉ LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CHIRURGICALES ?

PAR

Alexis MOREAU,

Ancien interne des Hôpitaux,
Chef de clinique d'accouchement de la Faculté,
Membre de la Société anatomique.

PARIS.

IMPRIMERIE DE L. MARTINET,

Rue Jacob, 30.

1847.

Juges du Concours.

	MM.
PROFESSEURS.	MARJOLIN, président.
	BLANDIN.
	GERDY.
	ROUX.
	VELPEAU.
AGRÉGÉS.	CAZEAUX.
	MARCHAL.
	NÉLATON, suppléant.

Compétiteurs.

MM. BOYER (Lucien).
DEPAUL.
DEVILLE.
GUÉRIN.
JARJAVAY.

MM. LACROIX.
MOREAU (Alexis).
MOREL-LAVALLÉE.
RICHET.
SAPPEY.



JUSQU'A QUEL POINT

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A-T-ELLE ÉCLAIRÉ LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES AFFECTIONS CHIRURGICALES?

Pour résoudre d'une manière complète la question qui nous est posée, il faudrait passer en revue toutes les maladies chirurgicales, examiner les signes à l'aide desquels on parvient à les reconnaître, ainsi que les moyens thérapeutiques employés pour les guérir, et, parcourant toute l'histoire de la science, noter à chaque pas les progrès dont elle est redevable à l'anatomie pathologique. Il est évident qu'on ne saurait nous demander ici de remplir une pareille tâche. D'un autre côté, nous ne croyons pas devoir nous renfermer dans de simples généralités ni faire un éloge exagéré ou une critique injuste de l'anatomie pathologique. Nous ferons nos efforts pour être aussi précis qu'il nous sera possible et autant que le sujet peut le comporter. Pour cela, nous commencerons par

bien déterminer le sens de la question qui nous est échue et la marche que nous nous proposons de suivre :

En nous demandant *jusqu'à quel point* l'anatomie pathologique a éclairé le diagnostic et le traitement des affections chirurgicales, nous ne pensons pas qu'on ait voulu préjuger la question de l'utilité même de l'anatomie pathologique, car c'eût été nous imposer une opinion toute faite à soutenir et nous ôter notre liberté d'examen. Nous aurons donc à dire en commençant si l'anatomie pathologique a été utile ou non ; et nous espérons résoudre cette première partie de notre question de la manière la plus complète. Mais dans l'hypothèse où nous aurons admis et prouvé l'utilité de l'anatomie pathologique, il nous restera encore à déterminer son importance, à dire *jusqu'à quel point* elle a été utile. Ici nous ne pourrons plus apporter la même précision dans nos conclusions. Il est hors de doute que l'anatomie pathologique n'a pu éclairer au même degré tous les points de la chirurgie ; que, d'une utilité incontestable dans telle affection, elle pourra dans telle autre être à peu près impuissante. Mais nous ne pouvons, comme nous l'avons déjà dit, examiner une à une toutes les maladies ; nous devons, dans cette dernière partie, nous borner à exprimer notre pensée d'une manière générale, apportant seulement à l'appui de notre opinion les faits qui nous ont semblé les plus remarquables dans les différentes parties de la pathologie externe.

Celse a dit : « N'est-il pas ridicule de vouloir que le cadavre manifeste à nos yeux les phénomènes de la vie qui n'y est plus, et de penser que les choses sont dans l'homme mort comme elles étaient dans l'homme vivant? » Est-il besoin de réfuter cet argument? Ne savons-nous

pas que si les choses sont en effet changées par le seul fait de la mort, la maladie, dont souvent les symptômes nous étaient inexpliqués pendant la vie, laisse dans nos tissus des traces souvent profondes et ineffaçables de leur passage. C'est alors que le raisonnement rattache aux lésions anatomiques les symptômes observés pendant la vie et éclaire ainsi le diagnostic. Mais si à l'époque de Celse il était encore permis de nier l'utilité de l'anatomie pathologique, il pourra paraître singulier aujourd'hui que l'on mette en question l'importance de l'anatomie pathologique après les magnifiques travaux des Bonet, des Morgagni, des Laënnec, des Dupuytren ; mais il faut se rappeler que l'époque n'est pas éloignée où toute une grande école, sans nier d'une manière absolue l'utilité de l'anatomie pathologique, la regardait au moins comme très contestable, et combattait l'école de Paris; il ne faut pas oublier qu'il existe encore aujourd'hui des médecins très distingués qui partagent cette opinion. Nous ne saurions dire ici les nombreux reproches qu'on a adressés à l'anatomie pathologique, et nous croirions nous écarter trop de notre sujet en essayant de les réfuter tous. Cependant nous répondrons à l'objection principale et la plus sérieuse qui ait été faite, parce qu'en même temps nous préciserons ce qu'on doit entendre par anatomie pathologique et le but auquel elle tend.

On a dit : Les ouvertures de cadavres ne peuvent nous instruire que sur les effets des maladies et non sur leurs causes; elles ne nous feront jamais connaître les lésions vitales qui constituent leur essence.

Les lésions cadavériques sont ce qu'il y a de moins important à considérer.

Les dégénérescences organiques sont des terminaisons

de maladies et non des entités morbides. C'est souvent en elles que se convertit une affection primitivement vitale.

Le pathologiste doit voir dans l'exploration d'une maladie autre chose que les altérations du tissu. Il doit se rappeler qu'avant de causer la mort elles ont éprouvé différentes transformations, qu'elles sont nées et se sont développées sous l'influence d'une cause dont la connaissance serait bien plus importante.

Dans l'altération des organes, vous étudiez le produit, le résultat d'une maladie, mais vous n'apprenez pas à connaître la maladie elle-même. Vous constatez les désordres que le mal a faits, et non le mal lui-même. En un mot, c'est la mort que vous étudiez.

Ces reproches ont quelque chose de spécieux. Nous serons les premiers à avouer que l'anatomie pathologique est impuissante à nous faire connaître la nature, la cause prochaine des maladies ; sous ce point de vue son utilité est très contestable ; mais il ne faut pas lui demander ce qu'elle ne peut, aujourd'hui du moins, nous donner. Il n'en est pas moins vrai qu'en nous montrant les lésions des organes, les résultats des maladies, elle a singulièrement fait avancer la chirurgie. Ce serait mieux, sans doute, si de ces résultats pathologiques nous pouvions nous élever jusqu'à leur cause prochaine ; mais en chimie et en physique, dans toutes les sciences d'observation, en un mot, n'est-on pas très heureux de pouvoir rassembler des faits isolés bien observés, des résultats dont on ignore la cause première. La pesanteur n'est, après tout, qu'une hypothèse, une vérité si l'on veut, à laquelle on n'est arrivé que par l'étude des résultats. Et si on ne comptait en médecine pour quelque chose que

ce que nous savons sur la nature, la cause prochaine des maladies, à quoi donc se réduirait la science? En chirurgie surtout, nous ne connaissons que des lésions d'organes; à l'aide de certains signes, nous sommes parvenus à reconnaître ces lésions d'une manière plus ou moins certaine; ces lésions une fois reconnues, nous cherchons à les guérir, et c'est là toute la chirurgie, ou du moins la chirurgie telle qu'elle existe aujourd'hui. Ne contestons donc pas l'utilité de l'anatomie pathologique, parce qu'elle ne nous donne pas le dernier mot de la vie pathologique; et, pour apprécier au juste sa valeur, cherchons comment elle nous a appris à connaître les lésions des organes et à les traiter.

Nous pourrons avoir, dans le cours de ce travail, à parler quelquefois d'altérations pathologiques qui ne sont pas essentiellement chirurgicales : la limite entre les deux ordres d'affections médicales et chirurgicales n'étant pas tranchée d'une manière absolue et étant plutôt fictive que réelle, ces empiétements sont inévitables. La nature, le siége des maladies ne nous offrent pas des éléments suffisants de distinction; le cancer de l'estomac, l'anévrisme de l'aorte, sont des affections médicales; le cancer du testicule, l'anévrisme de l'artère brachiale, sont du domaine de la chirurgie; mais, pour les exemples nombreux que nous aurons à citer, nous devrons nous renfermer dans le cadre adopté généralement dans l'enseignement de la pathologie externe, et qui a reçu la sanction de l'habitude.

L'anatomie pathologique a-t-elle éclairé le diagnostic des affections chirurgicales ?

Quand on songe aux nombreuses causes d'erreurs qui peuvent entraver le diagnostic des affections chirurgicales, on peut tout d'abord préjuger de quelle utilité sera, pour arriver à la connaissance de ces affections, l'étude de l'anatomie pathologique. Si l'on compare la facilité avec laquelle on reconnaît certaines maladies superficielles et pour lesquelles la simple inspection constitue le diagnostic, à l'obscurité qui enveloppe la connaissance de lésions placées profondément dans nos tissus, on devra tout faire pour rendre palpables, pour ainsi dire, les altérations qui se dérobent à nous. Or, c'est en comparant les symptômes aux caractères anatomiques connus de la maladie qui revêt ces mêmes symptômes, qu'on arrive souvent à un diagnostic rigoureux. Combien de fois les circonstances commémoratives de la maladie manquent-elles au chirurgien, les signes ordinaires de cette maladie peuvent eux-mêmes être masqués par une maladie coïncidente, il est alors réduit aux seules indications que peut lui fournir l'anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique a servi au diagnostic des lésions chirurgicales, tantôt en nous fournissant des signes nouveaux, tantôt en donnant à des signes déjà connus une valeur mieux déterminée; ou enfin, en enlevant à certains signes une valeur qu'on leur donnait et qu'ils ne méritaient pas.

Les faits abondent, en pathologie, à l'appui de notre opinion. Un malade porte, à la partie supérieure et interne de la cuisse, une tumeur dont le développement a été

lent; elle est assez volumineuse, fluctuante, indolore, sans changement de couleur à la peau. On la ponctionne, et du pus s'écoule : on avait affaire à un abcès. Mais est-ce un abcès froid idiopathique ou symptomatique d'une affection des os? Déjà il est facile de comprendre toute l'importance d'un diagnostic précis. Le pus est soumis à l'action d'agents chimiques; on reconnaît qu'il contient une assez grande quantité de *matière terreuse;* le doute n'est plus permis : l'abcès est symptomatique d'une affection des os.

Un autre malade présente, dans le flanc droit, une tuméfaction considérable. Une réaction vive, des douleurs profondes, la rougeur de la peau, le lieu occupé par la tumeur, une teinte ictérique de la peau, un frémissement tout particulier obtenu par la percussion, font croire à une tumeur hydatidique suppurée. On pratique une ponction, à l'aide de laquelle il s'écoule une quantité considérable d'un liquide verdâtre, transparent, contenant des débris de fausses membranes. Pendant cinq jours, la poche est vidée chaque matin. A cette époque, le liquide change tout à fait de nature. De transparent qu'il était, il devient opaque; il était inodore, et il a une odeur fécale on ne peut plus prononcée; en même temps, il est homogène, bien lié, extrêmement abondant. Un instant, on eut la pensée d'une perforation de l'intestin produite par la sonde laissée à demeure dans la poche hydatidique; mais on examine le liquide au microscope : il offre tous les caractères du véritable pus, contient des fausses membranes molles; aucun débris de matières alimentaires. Evidemment, il ne s'agissait plus d'un intestin perforé, mais d'une nouvelle poche hydatidique suppurée, qui venait de s'ouvrir dans la première.

Chez un homme adulte, affecté d'une maladie des bourses, survenue, disait-il, à la suite d'un coup de pied, et datant de deux ans, le testicule se présente sous la forme d'une masse volumineuse, consistante, indolore, non bosselée. Le cordon est sain; il n'existe aucune tumeur dans l'abdomen. Tout porte à croire qu'il s'agit d'une hématocèle des bourses. Mais avant d'opérer le malade, on ponctionne la tumeur. Il s'écoule par la canule du trocart quelques gouttes d'un liquide louche qui sont soumises à l'examen microscopique. Cette recherche montre de la façon la plus évidente que le liquide extrait contient des globules cancéreux; l'opération est pratiquée, et l'examen de la tumeur ne laisse plus de doute sur la certitude du diagnostic.

Tous ces faits, empruntés à l'application de la chimie et du microscope à la médecine, sont autant de conquêtes récentes de l'anatomie pathologique. Mais choisissons un exemple plus vulgaire et plus classique, celui de la cataracte. Déjà l'anatomie pathologique avait appris que, dans cette maladie, la cécité est due à une affection du cristallin; mais ce n'est pas assez. L'appareil cristallinien se compose de plusieurs éléments distincts, et une dissection attentive nous montrera bientôt que ces divers éléments sont, tantôt affectés ensemble, et tantôt isolément; que l'opacité est quelquefois bornée à la capsule, au cristallin ou aux couches superficielles de cette lentille; que ces lésions partielles ont chacune des caractères propres appréciables sur le vivant à travers la cornée, caractères qui deviennent autant de signes précieux pour porter un diagnostic précis. Ainsi, la cataracte présente-t-elle une teinte uniforme grise, couleur d'ambre au centre avec un petit volume, elle est cristalline et assez dense;

offre-t-elle, au contraire, une coloration blanche, un aspect nacré, tomenteux, un volume un peu fort, la capsule antérieure est malade ainsi que le cristallin, et la cataracte est molle. L'opacité n'existe-t-elle qu'à la partie inférieure du champ de la pupille avec une coloration blanche; dans les différents mouvements de l'œil, cette opacité peut-elle varier et s'étendre jusqu'à se répandre dans tout le champ de la pupille; c'est qu'il s'agit d'une cataracte morgagnienne, les couches superficielles du cristallin sont seules affectées. Ainsi, l'anatomie nous apprend, non seulement que la cécité est due à une maladie de l'appareil cristallinien, mais pénétrant dans les détails les plus minutieux, elle nous permet, dans un grand nombre de cas, de diagnostiquer quelle partie de l'appareil est malade, l'étendue de l'altération, la consistance même des tissus affectés. Qu'on nous dise ce qu'était le diagnostic de la cataracte avant l'intervention de l'anatomie pathologique?

Dans certains cas, l'anatomie pathologique n'a servi qu'à donner à des signes déjà connus une valeur mieux déterminée. Les luxations de l'épaule et de la hanche avaient été étudiées par les anciens avec un soin extrême, et les remarques d'Hippocrate sur ces maladies sont un véritable chef-d'œuvre d'observation. Cependant c'est à dater de l'instant où l'anatomie pathologique nous a montré la place exacte qu'occupait la tête de l'os luxé dans ses différents déplacements, qu'il nous a été permis de préciser la valeur des changements que le membre avait éprouvés dans sa position, sa forme et ses usages. Enfin, les classifications les plus complètes de ces luxations ont toutes pour base l'anatomie pathologique.

Dans d'autres cas, l'anatomie pathologique, en décou-

vrant des lésions nouvelles, vient changer en même temps la valeur des signes qui leur correspondent. Ces signes avaient été observés, mais on les rapportait à une maladie à laquelle ils n'appartenaient pas. Les luxations du poignet en sont un exemple des plus frappants. Partout on trouvait, dans nos ouvrages didactiques, la description de ces luxations. Dupuytren reprend cette question. Comparant les signes donnés par les auteurs à ceux qu'il a rencontrés dans les cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius, il conclut bientôt qu'il y a fracture là où on était habitué à voir une luxation. Il admet bien la plupart des signes qui ont été notés avant lui, mais il leur donne une signification toute nouvelle. C'était déjà une première erreur redressée, et pourtant l'anatomie pathologique n'avait pas encore tout appris sur ce sujet. Bientôt de nouvelles recherches démontrent que ces fractures, que l'on croyait obliques, dans la grande majorité des cas, sont transversales; qu'il n'y a pas chevauchement des fragments, mais pénétration d'un fragment dans l'autre; que les fragments ainsi enclavés ne peuvent se porter vers le cubitus; et les lignes auxquelles on rattachait ces dispositions imaginaires des parties, reçoivent une interprétation et une valeur nouvelles.

Citons encore une autre lésion des plus communes dont la plupart des signes ont été singulièrement modifiés dans leur valeur à mesure que nous connaissions mieux son anatomie pathologique : c'est la fracture du col du fémur. Les principaux caractères donnés par les auteurs pour reconnaître cette fracture sont les suivants : à la suite d'une chute qui a lieu le plus souvent sur la hanche, le malade ne peut se relever de lui-même ni marcher; placé dans le décubitus dorsal, il ne peut sou-

lever son membre du plan sur lequel il repose. Le membre blessé est plus court que celui du côté opposé, et ce raccourcissement, quoique variable, est ordinairement de plusieurs centimètres. Il y a rotation du membre en dehors ; quand, saisissant le pied d'une main, on le porte alternativement en dedans et en dehors pendant que l'on explore la hanche de l'autre main, on constate, dans le point de la fracture, une mobilité anormale et de la crépitation ; on s'aperçoit aussi que la partie supérieure du fémur tourne sur son axe au lieu de décrire un arc de cercle ayant pour rayon la longueur du col ; tous ces mouvements imprimés au membre éveillent une douleur plus ou moins vive. Voilà en résumé les signes les plus importants de la fracture du col du fémur. Or, on a plus d'une fois observé des cas comme celui-ci : Un malade déjà âgé fait une chute sur la hanche, mais il a pu se relever de lui-même et faire quelques pas. Il éprouve une douleur profonde, mais, couché sur un lit, il peut soulever son membre ; le pied n'est pas renversé en dehors, il est même un peu incliné en dedans ; dans les mouvements de rotation imprimés au membre, on constate qu'il n'y a pas de mobilité anormale, pas de crépitation, et le grand trochanter décrit un cercle qui semble avoir pour rayon toute la longueur du col. Seulement le membre mesuré avec soin est un peu plus court que celui du côté opposé; les mouvements se passent bien dans l'articulation, on ne constate la présence d'aucune tumeur aux environs de la cavité cotyloïde ; d'ailleurs on ne trouve pas les signes particuliers aux luxations fémorales. A quelle lésion a-t-on affaire ? ne sera-t-on pas porté à diagnostiquer une contusion violente de la hanche ? Nous ne retrouvons, dans ce cas, aucun des

signes que nous avons notés plus haut, aucun, excepté le raccourcissement, encore est-il souvent peu prononcé; cependant ce signe suffit pour permettre de diagnostiquer une fracture en l'absence de tous les autres signes principaux, parce que l'anatomie pathologique est venue nous apprendre pour quelle raison nous ne les rencontrons pas. Il s'agit ici d'une fracture du col du fémur avec pénétration des fragments. Dès lors tout s'explique : le malade a pu se servir un peu de son membre, parce que la pénétration des fragments avait rétabli en partie la continuité et la solidité du levier brisé; la mobilité anormale, la crépitation, la rotation du fémur sur son axe manquent pour la même raison. Le pied n'est pas tourné en dehors, parce qu'il faut qu'il y ait mobilité des fragments pour que ce renversement se produise; mais ici, non seulement les fragments ne sont pas mobiles l'un sur l'autre, mais encore le membre a été surpris, au moment de la chute, dans une position telle que l'enclavement des fragments a fixé le membre dans sa position normale ou dans la rotation en dedans. Mais il reste un signe important qui acquiert une valeur toute nouvelle, c'est le raccourcissement. A lui seul il suffira pour faire reconnaître la fracture du col du fémur en l'absence des autres signes, et cette absence a été expliquée de la manière la plus simple. Or, nous le demandons, est-il possible de prouver avec plus d'évidence l'utilité de l'anatomie pathologique dans le diagnostic des affections chirurgicales?

Veut-on un nouvel exemple? Un homme reçoit un coup violent sur la tête. L'examen montre dans le point frappé de la fluctuation, une dépression très marquée entourée par un bourrelet dur et saillant. Qui ne croirait ici qu'il s'agit d'une fracture du crâne avec enfoncement des os?

Cependant pour porter un diagnostic certain, vous chercherez d'autres signes, tels que la mobilité, la crépitation des fragments, la perte de connaissance, la paralysie des membres du côté opposé à la lésion ; car, si vous n'en rencontrez aucun, vous ne conclurez pas à une fracture. Et cela, depuis que l'anatomie pathologique vous a appris que dans les contusions du crâne, il arrivait souvent que, les os restant intacts, un épanchement de sang avait lieu dans les tissus, de façon à former un bourrelet dur, saillant, et que la sensation que l'on éprouve d'un enfoncement était des plus trompeuses. Ainsi, les signes qui, au premier abord, pouvaient être regardés comme pathognomoniques, se trouvent rejetés par l'anatomie pathologique.

Et, puisque nous parlons ici du bourrelet sanguin que l'on rencontre dans les contusions du crâne, rappelons que c'est une sensation analogue qui, dans le céphalæmatome, avait fait croire à une hernie cérébrale, par suite d'un défaut d'ossification. Il est prouvé aujourd'hui que les os ne présentent aucune solution de continuité, et l'erreur n'est plus possible. Comme on le voit, les signes sont restés les mêmes : mais ils ont reçu une interprétation toute différente.

Voyons maintenant ce qu'a fait l'anatomie pathologique pour le diagnostic du mal de Pott, et voyons d'abord quels sont les signes à l'aide desquels cette maladie se révèle. Une douleur qui n'est pas constante et qui a son siége dans un point plus ou moins limité de la colonne vertébrale ; après un certain temps, une saillie se manifeste sur le rachis, celui-ci se fléchit ; le maintien général du malade change, le haut du corps est incliné en avant, les bras sont pendants de chaque côté du corps,

la marche est pénible, les plus grands mouvements pendant la progression se passent dans l'articulation des genoux; les cuisses y participent peu; les bras et les cuisses restent pour ainsi dire passifs. A ces signes se joignent des secousses convulsives, de la paralysie des membres inférieurs, du rectum, de la vessie; une tumeur molle et fluctuante se forme dans un point ou dans un autre, la paralysie fait des progrès, le pouls s'accélère, le malade s'affaiblit, les téguments sur lesquels il repose s'ulcèrent, se gangrènent, et la mort ne tarde pas à survenir.

Tels sont les principaux signes qui se manifestent, signes dont l'interprétation est facile, aujourd'hui que l'anatomie pathologique est venue nous les expliquer, nous faire voir leur gradation, leur enchaînement, mais qui resteraient encore sans solution pour nous, sans l'intervention de l'anatomie. En effet, comment sans elle saisir les rapports qui peuvent exister entre une saillie sur la colonne vertébrale et un abcès qui se forme au pli de l'aine? comment expliquer cette paralysie qui va toujours croissant et ces symptômes généraux qui précèdent la mort?

Avant de bien connaître les différentes altérations dont le tissu osseux peut être le siége, comment pouvait-on expliquer ces fractures nommées précisément, pour l'obscurité de leur cause, fractures spontanées? Ne sait-on pas maintenant qu'elles peuvent être produites par le cancer, le tubercule enkysté, l'infiltration tuberculeuse des os? L'anatomie, en démontrant que les os pouvaient perdre une certaine quantité de leurs principes calcaires, a expliqué les déformations qui surviennent dans l'ostéomalaxie.

Cependant nous sommes bien loin de croire que

l'anatomie pathologique a éclairé avec le même bonheur tous les points de la pathologie externe. Dans la fracture du corps de l'humérus, par exemple, le diagnostic se tire des signes que fournit cette fracture par la simple inspection ; ici nous avons des caractères qui, le plus souvent, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie : douleur, immobilité, difformité du membre, mobilité du fragment inférieur, et comme signe pathognomonique, la crépitation. Dans certaines hémorrhagies causées par la blessure de vaisseaux superficiels par exemple, les notions physiologiques et l'inspection suffisent pour poser un diagnostic certain. Enfin, dans un grand nombre de maladies, le diagnostic est assez facile pour que l'anatomie pathologique n'ait pas eu occasion de servir d'une manière très efficace. Dans les maladies, au contraire, dont le diagnostic est très difficile, souvent nous avons eu occasion d'apprendre qu'elle n'avait pas encore dit son dernier mot. Elle ne date pas d'une epoque assez reculée pour avoir donné tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle. Presque tous les faits que nous avons cités jusqu'ici en sont une preuve ; car ils sont autant de conquêtes récentes, et quelques unes datent à peine de quelques années.

Nous disons plus : il est certaines maladies superficiellement placées comme les ulcères, les plaies, dont le diagnostic et l'anatomie pathologique se confondent, dont les caractères anatomiques constatés par les sens deviennent autant de signes ; il est évident que l'examen microscopique des parties affectées ne doit pas servir à les reconnaître. Malgré cela, nous dirons qu'il est bien peu de maladies dont l'anatomie pathologique n'ait pas éclairé le diagnostic en quelque chose. Dans les affec-

tions les plus faciles à reconnaître, l'anatomie pathologique a presque toujours servi à rendre le diagnostic ou plus aisé ou plus complet; et dans celles où on pourrait avec le plus de raison l'accuser d'impuissance, il faut attendre et espérer qu'il sortira quelque chose de nouvelles recherches mieux dirigées ou plus heureuses.

D'après ce que nous venons de dire, on aurait tort de conclure que l'on doit seulement demander à l'anatomie pathologique de nous faire connaître les lésions locales. Acceptons ce qu'elle peut nous donner aujourd'hui; peut-être arrivera le moment où, après avoir observé des faits isolés, nous pourrons, des altérations locales et des résultats morbides nombreux, faire jaillir la lumière, les ramener à quelques causes prochaines, et nous élever jusqu'à la connaissance de la nature même des maladies. Cela nous semble difficile; mais ce serait encore un grand progrès si, à défaut de ces principes, auxquels il nous semble défendu de prétendre, nous pouvions rattacher toutes nos connaissances pathologiques à quelques unes de ces hypothèses brillantes auxquelles le génie de l'homme a presque donné la valeur de véritables faits.

L'anatomie pathologique a-t-elle éclairé le traitement des affections chirurgicales ?

S'il est incontestable que le traitement d'une maladie est d'autant plus certain et d'autant plus facile que cette maladie est mieux connue, s'il est incontestable, comme nous avons voulu le démontrer par ce qui précède, que l'anatomie pathologique a éclairé le diagnostic des maladies chirurgicales, nous pouvons déjà conclure légitimement et rigoureusement que l'anatomie pathologique a

éclairé le traitement de ces affections ; mais cette conséquence, toute rigoureuse qu'elle est, ne peut nous suffire ; tâchons de démontrer par des exemples, comme nous l'avons fait pour le diagnostic, de quelle utilité a été l'anatomie pathologique dans le traitement des affections chirurgicales.

L'anatomie pathologique a servi à la thérapeutique chirurgicale tantôt en fournissant un traitement nouveau, tantôt en modifiant d'une manière heureuse un traitement déjà connu et employé, quelquefois en faisant rejeter des moyens inutiles ou dangereux, et le plus souvent en combinant ces divers modes d'action.

L'anus contre nature est une de ces infirmités dégoûtantes contre lesquelles l'art a dû diriger ses efforts à toutes les époques. Cependant la chirurgie était restée impuissante contre cette maladie jusqu'à la fin du siècle dernier. On avait tenté vainement de boucher l'ouverture anormale soit à l'aide d'un bandage, soit en réunissant par une suture les bords de l'anus après les avoir mis dans les conditions des lèvres d'une plaie. Desault, le premier, comprit la nature de l'obstacle qui s'opposait au cours des matières fécales et à la guérison. Introduisant dans l'intestin une forte mèche qui pénétrait d'un côté dans le bout supérieur et de l'autre dans le bout inférieur, tandis que par son milieu elle reposait sur la partie saillante de l'éperon, il essayait en même temps de dilater la partie rétrécie du tube intestinal, de *repousser l'éperon* et de rétablir le cours des matières fécales. Il réussit ; mais, depuis que nous connaissons mieux le mécanisme des guérisons spontanées, on se demande quelle part le traitement et quelle part la nature ont eue dans ces succès. Cependant Desault avait saisi l'indication à

remplir et il y avait été conduit par l'examen des parties malades, et par une exploration sur le vivant qui lui fournissait des données qu'à la rigueur on pourrait rapporter à l'anatomie pathologique.

Mais Scarpa, cet homme pour qui l'observation de quelques faits était d'une fertilité si prodigieuse, Scarpa dissèque quelques anus contre nature, il explique mieux qu'on ne l'avait fait avant lui la formation de l'éperon et sa disposition variable, il montre d'après quel mécanisme se produisent en même temps la rétraction de l'éperon et la formation de l'infundibulum membraneux : une nouvelle voie est ouverte à la thérapeutique : Dupuytren essaie d'abord d'ouvrir un passage aux matières en perforant l'éperon, puis il songe à le détruire ; mais, ne perdant jamais de vue les données d'anatomie pathologique, il veut, avant de le diviser, prolonger les adhérences péritonéales, et il passe un fil dans l'éperon et à sa base ; ce moyen n'est pas sûr ; il invente son entérotome, qui ne divise les parties qu'après avoir reculé les adhérences du péritoine ; il a besoin d'une inflammation adhésive bien établie avant de pratiquer la complète section de l'obstacle ; il modifie son instrument pour saisir les parties avec plus de sûreté. Enfin, ce qu'il voulait, il l'obtient ; l'éperon tombe, le cours des matières se rétablit ; on peut désormais sans danger fermer l'ouverture extérieure, et l'anus contre nature n'est plus une infirmité incurable.

L'histoire des anévrismes nous fournit des exemples plus frappants encore. Où en serait aujourd'hui leur traitement sans l'anatomie pathologique ? L'observation avait appris que dans les tumeurs anévrismales peu volumineuses et d'un développement récent, il y avait une mol-

lesse qu'on ne retrouvait pas à une époque plus avancée et quand la tumeur avait acquis un plus grand volume. Outre les changements que pouvaient avoir éprouvés les parties molles, les parois de l'anévrisme, on présumait que le sang était devenu moins fluide, qu'il avait subi une transformation dont on ne pouvait au juste se rendre compte. Des opérations pratiquées sur des malades, et des nécropsies, non seulement nous apprennent que la consistance des anévrismes anciens tient à la coagulation du sang à partir de la circonférence du sac vers l'ouverture du vaisseau, mais encore que cette coagulation est due en partie à l'inflammation des parois de la poche, et enfin que c'est à cette coagulation du sang dans toute l'étendue de la tumeur que sont dues les guérisons spontanées les plus simples. Ces données une fois établies, nous voyons apparaître la grande méthode de traitement qui consiste à produire la coagulation du sang dans les poches anévrismales. Tantôt on emploie l'action du froid, favorisée par le repos du membre et un régime sévère, tantôt on a recours, comme dans ces derniers temps, à l'emploi de l'électricité. Les moyens varient, mais le but qu'on se propose est le même : c'est la coagulation du sang.

La méthode de Hunter n'est-elle pas elle-même fondée tout entière sur l'anatomie pathologique. Déjà les anciens connaissaient la ligature des vaisseaux dans les cas d'anévrismes, bien qu'ils ouvrissent ensuite la tumeur anévrismale; Anel avait lié l'artère au-dessus de la tumeur sans l'ouvrir ; mais Hunter prend pour point de départ l'état dans lequel se trouve le vaisseau affecté d'anévrisme ; il sait que l'anévrisme lui-même n'est le plus souvent que le résultat d'une maladie primitive de l'artère et que la

maladie se prolonge fréquemment au-dessus de la tumeur et à une distance assez éloignée ; il voit dans cet état du vaisseau la cause des hémorrhagies mortelles qui arrivent assez souvent quand l'opération a été pratiquée d'après la méthode ancienne, et le traitement des anévrismes est changé : Hunter a trouvé la méthode qui illustre son nom, la ligature à distance. Et ce n'était pas en aveugle que Hunter était arrivé à cet immense résultat. Il avait calculé avec précision les dangers qu'il voulait éviter ; mais il avait encore appris de l'anatomie pathologique qu'en empêchant l'abord du sang dans la tumeur anévrismale il y aurait coagulation du sang, et les découvertes sur l'absorption lui faisaient espérer la disparition même de la tumeur ; il savait encore que l'oblitération d'un gros vaisseau n'entraînait pas la perte du membre sur lequel on l'avait lié, que les branches artérielles, en se dilatant, suffisaient pour rétablir la circulation et la vie dans le membre ; mais que la circulation ne se faisait plus avec assez d'énergie pour aller entretenir la fluidité du sang dans la tumeur. Toutes ces circonstances, qui servent de base à l'admirable découverte de Hunter, n'est-ce pas l'anatomie pathologique qui nous les a fait connaître ?

Cependant la méthode de Hunter n'était pas toujours applicable. La tumeur anévrismale pouvait être placée de façon qu'il fût impossible de jeter une ligature loin d'elle et du côté du cœur. Dans certains cas d'anévrismes de la sous-clavière, de la carotide, il arrivait que la méthode même d'Anel ne pouvait être employée. L'art était alors impuissant à guérir de pareils anévrismes, et les malades succombaient. Cependant on n'avait pas perdu de vue le point de départ de la guérison des anévrismes,

le principe que nous avons signalé plus haut, la coagulation du sang; puis on avait vu, à la suite de ligatures d'artères, le vaisseau s'oblitérer au-dessus jusqu'à la première collatérale, et déjà on pouvait se demander s'il ne suffirait pas de suspendre le cours du sang au-dessous d'une poche anévrismale pour voir le sang se coaguler dans la poche et la guérison survenir. Les objections ne manquaient pas pour renverser cette méthode, qui reposait sur une simple induction tirée de l'observation de faits anatomo-pathologiques. Deux fois l'opération est pratiquée et deux fois elle est suivie de mort. Mais telle est la puissance d'une idée juste, d'un raisonnement logique appuyé sur un fait bien constaté qu'on ne s'effraie pas des revers; l'opération est pratiquée de nouveau et la science est enrichie d'un moyen thérapeutique nouveau, la méthode de Brasdor.

Déjà le principe de la guérison des anévrismes est constaté, des succès nombreux de la supériorité de la méthode de Hunter sur les autres moyens thérapeutiques, et pourtant il est une sorte d'anévrisme décrit pour la première fois par Hunter lui-même, qui résiste à l'emploi de sa méthode : c'est la varice anévrismale. L'opération est pratiquée par des hommes du plus haut mérite, cependant les insuccès sont nombreux, et souvent la mort survient. C'est encore à l'anatomie pathologique qu'il faut aller demander compte de ces revers. Si on a constaté que dans les anévrismes opérés par la méthode de Hunter le sang pouvait se rendre dans la poche par les anastomoses sans empêcher la guérison, c'est que le sang n'arrivait dans le sac qu'avec une difficulté assez grande et en assez petite quantité pour ne pas s'opposer à la coagulation du sang formant l'anévrisme. Mais il en est autre-

ment dans la varice anévrismale : soit que le sang artériel mélangé avec le sang veineux se coagule moins facilement, soit que le sang qui arrive par les anastomoses trouvant une route tout ouverte dans la veine blessée, puisse circuler et se renouveler sans cesse, il ne se forme pas de caillot dans la poche anévrismale. Ici on ne retrouve plus la condition essentielle du succès, et la méthode de Hunter est impuissante à le donner. Cependant l'indication subsiste et le moyen de la remplir est bientôt trouvé : il faut lier l'artère au-dessus et au-dessous de l'ouverture artérielle.

Quand l'anatomie pathologique d'une lésion ne fournit pas de moyen thérapeutique nouveau, il est rare du moins qu'elle n'apporte pas quelque changement favorable dans les moyens déjà connus, quelque modification particulière aux principes de traitement les meilleurs et les mieux établis. Ainsi il n'est pas dans l'histoire des fractures de proposition plus généralement adoptée, plus vraie que celle-ci : une fracture étant donnée, il faut procéder à sa réduction, rétablir la longueur du membre et sa direction normales avant d'appliquer l'appareil qui doit le maintenir réduit. Telle est, en effet, la conduite à suivre dans la grande majorité des cas. Pourtant, si on se rappelle ce que nous avons dit à propos de la fracture du col du fémur avec pénétration, on comprendra comment les nouvelles connaissances d'anatomie pathologique que nous possédons nous commandent de faire exception, dans ces cas, au précepte général. Ici, le raccourcissement ne tient pas au chevauchement des fragments, mais à l'altération du tissu spongieux de l'os par suite de la pénétration de l'un des fragments dans l'autre. Par une traction qui aurait pour but de rendre au membre

sa longueur, on ne remettra pas les fragments bout à bout, mais on les désunira; au lieu de mettre les fragments en contact, on les écartera l'un de l'autre. Ils étaient enclavés, solidement unis et dans les meilleures dispositions pour la formation d'un cal osseux et solide; en tirant sur le membre, vous les séparez, vous produisez de la mobilité là où elle n'existait pas, et vous les placez dans des conditions moins bonnes de consolidation. Ce que nous disons est d'autant plus vrai, que la fracture se rencontrera sur un individu plus âgé; car l'anatomie pathologique nous a encore appris que, chez les vieillards, le tissu osseux raréfié, friable, infiltré d'une matière jaunâtre, se montre très réfractaire à tout travail de consolidation.

La pensée de réunir bout à bout un intestin divisé en travers et complétement, dut venir au premier chirurgien qui eut à traiter une pareille plaie. A une époque où l'art avait déjà fait d'assez grands progrès, on voit les chirurgiens soutenir l'intestin avec une trachée, et rapprocher ses bords divisés à l'aide d'une suture; c'était placer la blessure dans les conditions assez favorables d'une plaie récente et réunie. Plus tard, on invagine le bout supérieur de l'intestin dans l'inférieur, et on obtient ainsi la réunion des parties; mais qu'il y a loin de ces procédés opératoires à celui que doit fournir l'anatomie pathologique! Déjà elle nous avait appris que certains tissus avaient la plus grande peine à contracter entre eux des adhérences, tandis que les surfaces séreuses s'enflammaient avec la plus grande rapidité, et pouvaient adhérer entre elles solidement et dans une grande étendue, en très peu de temps. Mais restait à faire l'application de cette donnée. Au lieu de réunir simplement les bords

étroits de l'intestin, d'appliquer les parois renversées en dehors, muqueuse contre muqueuse, ou de mettre la muqueuse en contact avec une séreuse, toutes conditions peu favorables à la cicatrisation, on renverse en dedans les bords de l'intestin, on les adosse par leur séreuse. C'est encore la réunion de l'intestin bout à bout et à l'aide d'une suture, comme dans les premiers temps de la chirurgie; mais quel progrès entre les procédés anciens et celui qu'a fourni l'anatomie pathologique!

Quant aux moyens inutiles ou nuisibles que l'anatomie pathologique a fait abandonner, on les rencontre à chaque pas dans la thérapeutique pour témoigner des progrès de l'art. Que sont devenus ces topiques étranges par lesquels on entravait la marche des plaies? Ces emplâtres qui guérissaient les tumeurs de toute nature, ces opérations barbares à l'aide desquelles on prétendait guérir les hernies? Mais, sans parler des époques reculées de la chirurgie, n'est-ce pas à l'anatomie pathologique que nous devons de ne tenter aucune opération contre ces déviations de la colonne vertébrale, qui, dues primitivement peut-être à des rétractions musculaires, présentent une altération ou du moins une modification profonde des os? N'est-ce pas elle qui nous a appris à ne pratiquer qu'avec la plus grande réserve des opérations dans certaines régions en nous montrant, à la suite de simples ablations d'hémorrhoïdes, des veines enflammées et pleines de pus? En nous montrant la cause de nos insuccès, en nous faisant pour ainsi dire toucher du doigt nos erreurs, l'anatomie pathologique n'est pas moins utile à la science qu'en nous faisant découvrir des moyens thérapeutiques nouveaux.

Pour le traitement des plaies en général, les observa-

tions faites sur la cicatrisation ont fait voir que dans beaucoup de cas où on cherchait à favoriser la suppuration, la réunion par première intention pouvait avoir lieu. On a vu que la peau malade jusqu'à un certain point, quelquefois même traversée par des trajets fistuleux, pouvait cependant se cicatriser, et dans des amputations, par exemple, servir à recouvrir un moignon, quand on avait enlevé la cause qui avait altéré les téguments ; une inflammation traumatique franche remplace alors l'inflammation chronique, et la cicatrisation a lieu. Ce qui arrive dans les plaies contuses et les plaies par arrachement explique comment la torsion peut arrêter des hémorrhagies, et comment certains polypes, par exemple, placés profondément sur le col de l'utérus, doivent être plutôt arrachés ou tordus que coupés. Enfin, n'est-ce pas sur ce qui se passe dans la réunion des plaies et sur les connaissances qu'on possède des circonstances qui favorisent cette réunion, que sont basées les opérations du bec de lièvre et de l'autoplastie ?

De quelle importance a été pour le traitement des fractures la connaissance de la formation du cal ; et c'est encore à l'anatomie pathologique que nous en sommes redevables ; elle nous a montré en effet quelles étaient les phases de ce travail pathologique, et les conséquences qu'on a su en tirer ont été nombreuses et importantes. Dans le traitement des fractures, on ne doit pas seulement se préoccuper des moyens d'obtenir une consolidation ; mais il est important de savoir à quelle époque la consolidation doit avoir lieu, car les moyens de contention trop longtemps prolongés peuvent avoir des inconvénients et des dangers. On sait que chez les vieillards, certains moyens de traitement ne doivent point

être employés, et qu'on doit redouter pour eux une immobilité trop longtemps prolongée. On sait que dans les fractures qui se consolident avec chevauchement, la réunion est plus lente que dans les autres. S'il est vrai que dans les fractures de la rotule, un tissu fibreux intermédiaire réunit souvent les fragments, il est important de savoir que si l'appareil est enlevé trop tôt, ce tissu fibreux de nouvelle formation peut s'étendre dans les mouvements de l'articulation du genou, et les fragments peuvent s'écarter; de là la nécessité de continuer plus longtemps l'immobilité du membre, quand on n'a pu mettre en contact les fragments de l'os; de là aussi le précepte de faire tous ses efforts pour consolider la fracture sans l'intermédiaire de ce tissu fibreux.

On peut aujourd'hui tenter de corriger certaines difformités, telles que les pieds-bots, les torticolis, les rétractions des doigts, parce qu'on sait par l'anatomie pathologique à quelles lésions on a affaire, et il était assez facile de trouver les moyens de les combattre efficacement. Mais en même temps, on a appris qu'il ne fallait pas toujours chercher un succès complet, parce que dans ces vices de conformation, la lésion est souvent complexe, et que certaines altérations sont au-dessus des ressources de l'art.

L'anatomie a mis hors de doute la possibilité de la guérison de certaines luxations congéniales, soit qu'on obtienne la réduction de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, soit qu'on lui donne sur un autre point du bassin une place nouvelle et moins défavorable que celle qu'elle occupait.

C'est à elle que nous devons de bien connaître la relation qui existe, dans les plaies de tête, entre les lésions

cérébrales et la paralysie, et, comme conséquence, les principales indications du trépan.

C'est encore à l'anatomie que nous devons des connaissances exactes sur les altérations que subissent les parties herniées et les changements qui surviennent dans les canaux par lesquels la hernie peut s'opérer. De là des règles meilleures et surtout plus précises pour pratiquer le taxis et le débridement ; de là l'emploi mieux raisonné des bandages et aussi des tentatives plus rationnelles pour leur guérison radicale.

Nous ne pouvons passer ici en revue toute la pathologie externe; mais on peut juger, par les exemples pour ainsi dire pris au hasard, que nous citons, qu'il n'est guère de méthode de thérapeutique chirurgicale qui n'ait tiré quelque profit de l'anatomie pathologique.

Pour résumer l'ensemble de ce travail et répondre à la question qui nous a été posée, nous pouvons dire que l'*anatomie pathologique a éclairé d'une vive lumière le diagnostic et le traitement des affections chirurgicales, et que, s'il reste encore de l'obscurité sur certains points, on peut espérer que des recherches nouvelles viendront un jour la dissiper.*

FIN.